

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

671

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 25 juillet 1899 à 1 heure

Par MADEMOISELLE RONIA LAPIDOUS

Née à Varsovie (Russie), le 24 décembre 1873.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ALLOCHIRIE

Président : M. RAYMOND, professeur.

*Juges : MM. POUCHET, professeur.
ACHARD et DESGREZ, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

671

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 25 juillet 1899 à 1 heure

Par MADEMOISELLE RONIA LAPIDOUS

Née à Varsovie (Russie), le 24 décembre 1873.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ALLOCHIRIE

Président : M. RAYMOND, professeur.

*Juges : { MM. POUCHET, professeur.
ACHARD et DESGREZ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MES AMIS SIONISTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Professeur de clinique des maladies du système nerveux.

Médecin de la Salpêtrière.

Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ALLOCHIRIE

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureuse de profiter de l'occasion pour rendre publiquement notre respectueux hommage et nos remerciements à M. le professeur Raymond, l'inspirateur de cette thèse et notre grand maître dans l'enseignement des maladies nerveuses.

INTRODUCTION

En 1863, Brown-Séquard a le premier mentionné un singulier phénomène, dont l'intérêt particulier de la physiologie pathologique méritait d'être signalé à l'attention des cliniciens. Mais ce n'est qu'à Obersteiner, professeur à l'Université de Vienne, que revient l'honneur d'avoir étudié en 1881 le phénomène en question.

Il s'agit d'un trouble dans la localisation des mouvements et des sensations qui fait que le malade rapporte à un côté une sensation partie du côté opposé du corps. Cette erreur peut exister pour tous les modes de la sensibilité. C'est ainsi que si, par exemple, on frôle ou on pique avec une épingle la peau du bras, de la cuisse ou de la plante du pied de certains malades, le contact et la douleur, parfaitement perçus, sont rapportés par eux non pas au membre touché, mais aux points exactement correspondants du membre symétrique.

Ou bien, si on demande au malade de remuer la main droite, il tend sa main gauche.

C'est à ce phénomène, qu'Obersteiner a donné le nom d'Allochirie sensorielle ou plus simplement « Allochirie »

de ἄλλος καίρ, expression qui signifie « confusion des côtés ».

Ce phénomène est moins rare qu'on n'est porté à le croire ; il se peut même qu'il existe assez fréquemment à l'insu des meilleurs observateurs chez un certain nombre des médullaires et chez un grand nombre d'hystériques.

C'est parce qu'on ne pousse pas l'interrogatoire du malade assez loin, que l'allochirie est souvent méconnue.

En effet, lorsqu'on fait l'examen de la sensibilité d'un malade, on lui dit de fermer les yeux et on recherche par différents moyens d'investigation si celle-ci est exagérée, diminuée, ou bien si elle fait défaut.

Le malade répond généralement à la question, sans désigner si la sensation est éprouvée du même côté opposé.

Il faut donc que l'observateur ne se contente pas de constater la présence ou l'absence de sensation, et qu'il s'inquiète du côté où celle-ci est éprouvée.

Sans cela il peut arriver que le phénomène, tout en existant, reste méconnu.

Que d'erreurs faites par les malades ont pu être considérées simplement comme *lapsus verbi* !

THÉORIES ÉMISES POUR EXPLIQUER LE PHÉNOMÈNE D'ALLOCHIRIE

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'exposer les opinions de quelques auteurs qui ont étudié spécialement cette question et qui se sont surtout occupés de l'origine de ce singulier phénomène.

D'après Obersteiner, qui le premier attira l'attention sur ce phénomène particulier, l'allochirie constituerait un trouble sensitif paraissant limité aux membres inférieurs, coïncidant, dans la majeure partie des cas, avec la conservation générale du pouvoir de localisation

La cause de ce trouble serait, abstraction faite de l'hystérie, une lésion de l'axe médullaire et en particulier des cordons postérieurs, telle que la destruction de la moelle dans l'écrasement de la colonne vertébrale, ou la sclérose des cordons postérieurs dans le tabes.

Cet auteur est tenté d'invoquer de préférence la lésion des cordons de Goll.

Il s'agirait, d'après lui, d'un obstacle ou d'une obstruction siégeant dans la moelle et amenant un changement de direction des voies sensitives.

Dans ce cas, la sensation partant d'un côté du corps serait perçue par l'hémisphère cérébrale correspondant et non par celui du côté opposé.

Obersteiner considère l'allochirie comme une entité morbide, qui peut exister en dehors de l'anesthésie.

Quant à l'explication physiologique du phénomène d'allochirie, l'auteur avoue ne pouvoir fournir une hypothèse satisfaisante.

D. Ferrier se refuse de donner une explication pathogénique de l'allochirie.

W. Hammond en a fait une tentative à l'occasion d'un malade qu'il présenta à la Société neuropathologique de New-York, le 2 janvier 1883.

Il distingue deux groupes de cas suivant que la lésion médullaire est unilatérale ou bilatérale.

Dans le cas de lésion médullaire unilatérale la confusion, dit-il, s'explique de la manière suivante : l'impression sensitive du côté gauche, par exemple, suit le cordon médullaire et s'arrête à l'obstacle siégeant à droite ; de là elle se porte à gauche sur les fibres grises commissurales pour continuer son chemin sur le côté gauche du myélaxe jusqu'à l'hémisphère gauche.

Ainsi l'excitation qui est à gauche est rapportée à droite à la partie symétrique de corps.

Dans le cas de lésions bilatérales, situées à des hauteurs différentes, on voit que l'impression peut subir deux arrêts et faire deux retours successifs sur les cordons médullaires ; d'où l'affaiblissement de la perception et son retard.

Hammond est d'accord avec Obersteiner que l'anesthésie n'est pas un phénomène nécessairement lié à l'allochirie.

Hammond attribue l'allochirie à la dégénérescence du col

des cornes postérieures, pouvant, à son avis, interrompre immédiatement la décussation des fibres nerveuses et faire suivre au courant sensitif une voie directe.

Par contre il lui semble que l'hyperesthésie devrait toujours accompagner l'allochirie, ce qui est loin d'être la règle.

Hammond applique la même explication aux cas d'allochirie chez les hystériques, mais ici, dit-il, l'obstacle à la conductibilité de la sensation n'est plus un obstacle anatomique, mais un obstacle purement fonctionnel.

L'opinion de Weiss se rattache à la théorie d'Obersteiner et de Hammond.

Brown-Séquard, qui le premier a rapporté deux cas, dans lesquels le phénomène d'allochirie a été observé, pense qu'il n'y a aucune difficulté à expliquer ce phénomène, et appuie son affirmation sur ce fait que les deux moitiés de la moelle épinière, aussi bien que celles de l'encéphale ayant de très nombreuses communications, peuvent se suppléer l'une à l'autre.

Chaque moitié du corps ne comporte pas un centre de perception spécial chargé de la desservir uniquement. Les deux centres généralement admis sont si intimement unis qu'en réalité ils n'en font qu'un.

Des voies nouvelles peuvent être créées non seulement par des altérations organiques dues à un travail inflammatoire quelconque, mais aussi par de simples changements dynamiques :

Le transfert de l'anesthésie et de l'hyperesthésie peut se faire aussi bien sous les influences purement dynamiques que par l'action des lésions organiques.

C'est par ce mécanisme que des impressions sensibles venues d'un côté du corps, peuvent être perçues comme si elles provenaient du côté opposé.

Nous voyons donc que Brown-Séquard insiste, aussi bien qu'Obersteiner, Hammond et Weiss, sur l'existence de l'hyperesthésie dans l'allochirie.

Comme cause du phénomène il reconnaît toujours une lésion organique ou bien une influence dynamique.

À l'appui de ses opinions Brown-Séquard rapporte deux observations personnelles et aussi celles d'Obersteiner, Fischer, Hertzberg, Leyden et Hammond.

Dans une de ces observations l'excitation du côté hyperesthésique était sentie comme provenant du côté opposé.

Il en est de même de la seconde observation, mais là au lieu d'une hyperesthésie il y avait une anesthésie.

Dans la première observation il s'agit d'une malade chez qui la moitié latérale droite de la moelle était sectionnée.

Le second malade était atteint d'une tumeur syphilitique à la région dorsale de la moelle épinière.

Les cas de Hutchinson et de Pirogoff où l'allochirie était déterminée par de simples lésions des troncs nerveux, ne semblent pas à Brown-Séquard d'être en opposition avec l'hypothèse d'un changement organique, dû à un état inflammatoire.

On sait en effet que les blessures des nerfs sont souvent suivies d'altération organique de la moelle épinière.

Dans son travail intitulé « De l'allochirie sensorielle » et publié dans la *Revue de médecine* du 10 novembre 1892, Bosc relate une observation recueillie à Montpellier,

observation où il a pu constater que la confusion des côtés peut exister pour toute une moitié du corps.

Cette observation se rapporte à un malade atteint d'hémi-anesthésie complète.

Le malade étant indemne de toute lésion médullaire, aucun trouble dans la conductibilité centripète ne pouvait être invoqué.

Il faut bien accorder, dit-il, à l'allochirie produite dans de telles conditions une origine purement cérébrale.

Bosc précise la nature et le siège de la lésion.

En se basant sur les antécédents et l'examen direct du malade il conclut à la présence d'un foyer de ramollissement siégeant dans l'écorce au niveau des centres moteurs.

Voilà l'explication qu'il nous donne de tous les phénomènes observés chez son malade.

Les sensations parties du côté gauche arrivent aux cellules de l'écorce grise du cerveau, incapable de percevoir. Ces sensations passent de l'hémisphère droit dans l'hémisphère gauche et vont réagir sur les centres symétriques.

Ainsi se comprend, dit-il, l'allochirie, le retard dans la perception, la faiblesse de celle-ci et, par suite, la diminution du pouvoir de localisation.

La sensation qui est diminuée quand elle agit sur des centres éloignés et qui siège dans l'hémisphère correspondant au côté impressionné, rend en effet compréhensibles les phénomènes énumérés.

Pour que le passage des sensations d'un hémisphère à l'autre puisse se faire, Bosc juge nécessaire l'existence

de deux conditions : 1° communication entre les deux hémisphères et 2° communication directe entre les centres identiques de deux côtés.

La première condition dit-il, est réalisée par le corps calleux. La physiologie et l'anatomie de cette commissure épaisse et large apprend que le corps calleux est formé de fibres nerveuses qui vont d'un côté de l'écorce à l'autre formant ainsi un lien étroit entre les deux moitiés du cerveau. Pour l'explication des cas d'allochirie coexistante avec une lésion médullaire, Bosc s'associe à l'hypothèse émise par Hammond et Weiss, qui ne voient dans l'allochirie qu'un trouble sensitif résultant de la perception par un hémisphère d'une sensation qui ne lui était pas destinée.

Voici maintenant l'explication qu'il donne de l'allochirie des hystériques.

L'hystérie paraît avoir à un très haut degré la faculté d'exagérer les relations bilatérales symétriques : les faits de cet ordre entre dans la catégorie des phénomènes de transfert, comme celui, par exemple où, au point d'application d'un aimant on voit l'anesthésie disparaître et se transporter sur une partie symétrique du côté opposé.

Bosc rapporte quelques expériences qu'il a faites sur une hystérique qui présentait en temps ordinaire, une hémianesthésie complète de tout le côté gauche du corps.

Il a pu développer chez cette femme, par suggestion, une allochirie typique : la perception était ici parfaitement nette et survenait sans retard ; le pouvoir de localisation était d'une précision remarquable.

Après avoir endormi la malade on lui suggérait de

rapporter, à son réveil, au côté droit, les impressions parties du côté gauche.

Réveillée, la malade présentait une allochirie pour tous les modes de la sensibilité, celle-ci demeurant conservée à droite.

L'expérience inverse réussit de la même façon.

Pour Bosc tous ces phénomènes d'allochirie provoquée sont sous la dépendance d'un état particulier variable des hémisphères cérébraux. Ce qui prouve la réalité de ce changement d'état d'un hémisphère par rapport à l'autre, c'est le retour de la sensibilité dans le côté hémianesthésié aussitôt qu'on provoque l'allochirie pour le côté droit. Comme preuve convaincante de la supériorité de son application du phénomène Bosc rapporte l'expérience suivante :

Après avoir endormi la malade on lui ordonne, à son réveil, de ne plus sentir du côté droit, mais de retrouver sa sensibilité normale à gauche. Au réveil la malade sent très bien à gauche, mais elle a une hémianesthésie droite.

L'état particulier du cerveau droit de cette hystérique peut disparaître, dit Bosc, mais en passant à gauche.

L'allochirie, dit-il, est donc ici sous la dépendance d'un état cérébral qui varie avec le déplacement suggéré de l'allochirie elle-même.

Cette allochirie, ajoute-il, n'a rien à voir avec les arcs réflexes de la moëlle.

C'est une allochirie provoquée, d'origine purement cérébrale et dépendant uniquement de grands troubles sensitifs, sans lésion des conducteurs centripètes.

C'est une allochirie de réception pure. Bosc donne la même explication pour le cas d'allochirie spontanée, rapporté dans une des observations d'Obersteiner.

Résumons l'exposé un peu long des assertions de Bosc :

I. — L'allochirie peut exister pour toutes les sensibilités.

II. — L'allochirie est un simple phénomène qui peut accompagner des troubles de la sensibilité ordinairement unilatéraux ou tout ou moins plus prononcés d'un côté.

Elle n'est pas à proprement parler un symptôme : elle ne dépend pas directement de la lésion, mais d'une distribution particulière de cette dernière qui amène la déviation dans la marche des sensations.

III. — Plusieurs causes peuvent produire l'allochirie, on peut la rencontrer :

1° Chez les névrosiques purs (hystériques). Elle est alors suggérée ou spontanée : allochirie de réception simple.

2° Chez les malades atteints de lésions organiques :

a. — Cérébrales : allochirie de réception avec lésions.

b. — Médullaires : allochirie de transmission pure.

IV. — Pour une même allochirie la cause de déviation, peut être indifféremment médullaire ou cérébrale.

Dans le premier cas, la déviation se fait d'un côté à l'autre de la moelle ; dans le deuxième cas, elle se fait directement d'un hémisphère à l'autre. Mais quel que soit le siège de la lésion, le résultat est le même : perception de ces sensations déviées par l'hémisphère auquel elles n'étaient pas normalement destinées.

V. — Pour que le passage des sensations d'un côté à l'autre de la moelle ou des hémisphères se produise, il faut

qu'il y ait des communications entre les parties symétriques de la moelle et du cerveau.

Ces communications de la moelle, quoique insuffisamment démontrées anatomiquement, sont affirmées par des observations et des expériences diverses ; pour le cerveau il est démontré que le corps calleux réunit les centres corticaux symétriques de deux hémisphères.

VI. — On peut produire par suggestion, une allochirie typique, pour tous les modes de la sensibilité, avec localisation exacte, et l'on ne peut l'expliquer que par « transfert d'un hémisphère à l'autre de l'état dynamique particulier ».

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Après une lecture attentive de toutes les observations publiées sous le titre « allochirie » on peut se demander si dans une bonne partie de ces observations, on n'a pas souvent confondu l'allochirie avec des troubles différents de la sensibilité ou bien si la limite assignée à ce phénomène ne doit pas être élargie.

La plupart des observations sont sujettes à de sérieuses objections.

Quelques-unes sont beaucoup trop brèves de sorte qu'elles ne peuvent compter qu'à titre de simples faits, et ne peuvent servir au plus que pour l'historique de la question.

Telles sont les observations XVII, XVIII, XIX.

D'autres qui paraissent plus complètes, sont néanmoins peu satisfaisantes à cause de la manière dont sont rapportés les troubles de la sensibilité, qui font cependant leur base.

Ainsi dans l'observation II on lit : « Le malade ne se plaignait d'aucun trouble de la sensibilité.

Il distinguait bien le chaud et le froid. Du côté interne de la face plantaire il pouvait distinguer les deux pointes de l'esthésiomètre à une distance de 9, 10 millimètres.

Mais il faisait souvent erreur dans la localisation exacte des impressions au niveau des membres touchés et il ne reconnaissait que rarement le côté impressionné ». On voit donc que cette description ne prouve pas l'existence réelle de l'allochirie, car le malade paraît plutôt faire des erreurs de localisation, à l'exemple des paraplégiques.

En effet, d'après Grasset (*Maladies du système nerveux*) « dans les sensations perçues, le malade localise souvent mal le point de départ, il y a erreur de lieu dans l'appréciation de l'origine des sensations. Quand on le pince à la jambe, le sujet croit que c'est à la hanche ».

Il y a surtout chez le malade de l'observation II, une hésitation dans la perception, un doute sur le côté touché, ce doute et cette hésitation étant ici de même nature que le retard dans la perception et l'erreur de localisation, pour un même membre, chez les malades dont parle le professeur Grasset.

On pourrait donc dire que c'est l'insuffisance de la sensation qui crée le doute au sujet du côté touché.

Les lésions trouvées à l'autopsie donnent l'explication de ce fait. On constate une sclérose de la moelle, comprenant la totalité des cordons postérieurs de chaque côté et une partie de la substance grise.

La lésion est surtout marquée au niveau du renflement lombaire. Les cordons postérieurs ont leurs fonctions abolies, de telle sorte qu'on peut admettre l'hypothèse de Vulpian, c'est-à-dire que la substance grise supplée les cordons dans la transmission des impressions.

C'est à cette transmission centripète d'autant plus lente

et pénible, que la substance grise elle-même est lésée, qu'il faut peut-être attribuer l'insuffisance de l'impression, la faiblesse et l'incertitude de la perception, les doutes au sujet du côté du corps impressionné. Et si le malade se trompe aussi bien sur un côté que sur l'autre, c'est que l'impression n'a ici qu'un chemin univoque, la substance grise.

Les mêmes remarques pour les observations XI et XX.

Dans l'observation de Herzberg on peut très bien rapprocher les troubles observés du côté de la sensibilité à une simple difficulté de transmission.

« Le malade accusait une sensation indéfinie mais ne pouvait dire si c'était la jambe droite ou la jambe gauche ou quelque autre partie du corps. »

On n'est certainement pas ici en présence d'une véritable allochirie, pas plus que pour l'observation II, et cela pour les mêmes raisons.

En étudiant les observations XII, XV, XVI, XXI, on constate dès l'abord que chez tous les malades la sensibilité était atteinte d'une façon plus ou moins marquée.

Mais dans presque tous les cas l'examen est limité, à un mode unique de la sensibilité, ce dernier étant lui-même recherché d'une façon trop incomplète.

Nous dirons donc seulement que l'on a noté une allochirie tantôt au contact ou à la pression (observations XI, XII, XIII, XIV, tantôt à la douleur (observation XVII).

Dans deux cas l'allochirie qui existait pour les excitations faibles, disparaissait si celles-ci étaient intenses (obs. XII et XIII).

Ce manque d'observation rigoureuse est cause, que dans la plupart des cas, on s'est contenté de noter simplement l'existence des troubles sensitifs et de l'allochirie, sans spécifier ni l'intensité de ces troubles ni leur siège par rapport à tel ou tel côté du corps.

L'allochirie est donc de la sorte le plus souvent indifférente, c'est-à-dire qu'elle paraît survenir à la suite d'une impression exercée sur l'un ou l'autre côté indifféremment.

La description clinique de deux observations de Brown-Séquard est plus satisfaisante en ce qui concerne la distribution des troubles sensitifs. Dans l'une de ses observations nous lisons : « La malade ne savait pas toujours quelle était la partie du pied que l'on touchait. Elle se trompait quelquefois, croyant qu'on touchait le pied gauche (anesthésique) alors qu'on touchait le pied droit (hyperesthésique) »

Dans l'autre observation on voit que « lorsqu'on impressionnait les orteils ou la jambe du côté gauche incomplètement anesthésique, le malade, s'il percevait l'impression, ce qui n'était pas fréquent, croyait d'abord qu'elle était faite à droite, côté hyperesthésique, et il ne reconnaissait qu'après quelque temps qu'elle provenait du côté gauche. »

Hutchinson et Pirogoff nous rapportent deux cas d'allochirie à la douleur indépendante d'une lésion médullaire ou cérébrale.

Dans l'observation de Hutchinson c'est à la suite de la blessure du nerf cubital et du nerf médian d'un côté, que nous trouvons la douleur localisée dans la main du côté opposé.

Dans celle de Pirogoff est cité un fait analogue, consécutif à une blessure du plexus brachial droit.

Le malade de Biermer qui présentait le phénomène d'allochirie très net, était atteint d'une lésion organique de l'encéphale: il avait deux tumeurs, dont l'une siégeait au bulbe, l'autre au pédoncule cérébelleux.

Certaines observations que nous avons recueillies nous démontrent que le phénomène d'allochirie ne se manifeste pas seulement par rapport au contact ou à la douleur.

Dans l'observation de Huber un nouvel élément s'ajoute à la confusion des sensations du contact: c'est notamment le trouble des impressions de température.

Chez la malade de Weiss qui est ataxique et hystérique, la confusion des sensations est encore plus étendue. Non seulement la pression et la douleur sont éprouvées au point correspondant du côté opposé, mais l'application d'une éponge chaude ou d'un morceau de glace, la « fixité passive » du genou, du pied, etc., étaient toujours reconnues et de même rapportées au membre opposé. Cette observation est un exemple frappant d'allochirie pour la température et le sens musculaire.

Dans le cas cité par Bosc, nous voyons qu'à côté des troubles de la perception de la douleur et de la température, il existe aussi une perversion de la sensibilité à l'électricité.

Pendant l'application de deux électrodes ordinaires sur une jambe, le malade ressent une vive douleur dans le membre du côté opposé.

Les faits rapportés par Ferrier, Gellé et Magnin sont des cas typiques d'allochirie sensorielle, concernant les divers organes des sens.

Le cas d'allochirie publié par l'événement peu de temps après le mémoire d'Obersteiner est particulièrement intéressant par ce fait que la transmission croisée dépasse la sphère sensitive et affecte les réflexes, le sens du goût et celui de l'odorat.

Les cas de Gellé et de Magnin présentés à la Société de biologie (Séances du 14 et du 21 janvier 1888) sont deux exemples d'allochirie, dont l'une auditive et l'autre visuelle.

L'observation de M. Janet nous donne une description complète et détaillée d'un cas d'allochirie.

C'est surtout cette dernière ainsi que notre observation personnelle qui nous serviront de base dans l'explication psychologique du phénomène.

DEGRÉS DE L'ALLOCHIRIE

En parcourant les observations, on voit que l'allochirie ne se manifeste pas toujours de la même façon.

Ceci tient à ce fait que dans l'allochirie comme dans presque toutes les autres manifestations morbides il y a toute une échelle de degrés qui impriment au phénomène des caractères spéciaux. Ces différents états de l'allochirie sont étroitement liés au degré de l'anesthésie du corps.

1° Si l'anesthésie est complète, aussi bien pour la sensibilité tactile que pour la sensibilité musculaire, la question de la localisation des sensations ne peut même pas être soulevée et il n'y a pas d'allochirie à proprement parler.

Mais au fur et à mesure que la sensibilité revient on voit successivement apparaître le pouvoir de localisation des sensations qui au début se manifeste dans le sens de la hauteur seulement, sans distinction des côtés.

C'est aussi dès ce moment que les différentes modalités de l'allochirie font leur apparition.

Si à cette période du rétablissement du pouvoir de la localisation nous piquons, par exemple, avec une épingle le bras du malade et nous lui demandons « Qu'est-ce qu'on vous fait ? » Le malade nous répond : « Vous me pi-

quez au bras ». « Quel est le bras qu'on vous pique, le droit ou le gauche ? » Là-dessus le malade hésite et nous dit : « Je ne sais pas ».

Quand on insiste pour obtenir une réponse plus précise le malade se trompe presque toujours puisqu'il répond au hasard.

Il en est de même des mouvements : quand on demande au malade de tendre la main droite, c'est tantôt la main gauche, tantôt la main droite qu'il nous donne.

Ce premier état que nous pouvons dénommer « allochirie simple » est, comme nous le voyons, caractérisé par le doute et la confusion de deux côtés du corps.

C'est pour ainsi dire la première phase de la localisation latérale, à partir du moment où la sensibilité a réapparu.

Notre observation personnelle est un bel exemple de cette simple confusion des côtés. Dans la phase plus avancée le sujet manifeste une erreur continuelle et régulière dans la distinction de deux côtés du corps : le malade dit gauche quand c'est droit et versa.

C'est le cas de la malade de M. Pierre Janet. Puis le sujet ne peut penser qu'à deux côtés du corps simultanément.

Lorsqu'on pique ou on touche un côté, il semble au malade que la sensation est portée sur les deux côtés du corps. C'est cet état qu'on désigne sous le nom de synchirie.

Le phénomène d'allochirie tendant à disparaître chez un sujet qui s'approche peu à peu de l'état normal, il arrive que le malade tout en ayant l'idée de deux côtés du corps, perçoit plus nettement du côté impressionné

que du côté opposé. C'est là un pas vers la guérison.

Ces deux derniers états d'allochirie ont été observés chez la malade de Ferrier.

Enfin le sujet pense immédiatement au côté impressionné, sans que l'idée du côté opposé vienne troubler la perception.

C'est la localisation normale, le moment de la disparition de l'allochirie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1 (Personnelle).

L..., âgée de 23 ans, entre dans le service de M. le Dr Raymond le 16 mai 1899.

C'est une malade hystérique qui a des crises très nettes pour lesquelles elle vient se faire soigner et qui en outre présente un trouble particulier de la sensibilité.

Sans antécédents héréditaires bien nets (il est vrai que le père n'est pas connu), elle fut toujours une grande nerveuse : convulsions dans l'enfance, colères, idées fixes.

A l'âge de neuf ans, elle fut effrayée par une bataille où ses parents reçurent des coups et elle tomba évanouie.

En revenant elle ne pouvait plus parler. Elle guérit au bout de quelques heures, mais depuis à toute occasion, ennui, contrariété ou même dès que quelqu'un la regardait un peu fixement elle recommençait la même crise à des intervalles divers.

Elle ne fut réglée que très tard, à 19 ans, et à ce moment les évanouissements étaient plutôt espacés et rares.

Mariée la même année, elle fut bientôt enceinte et se portait alors assez bien.

Elle perdit son enfant l'année suivante, étant âgée de 22 ans.

Depuis, les accidents nerveux ont pris une très grande intensité.

Elle tombe presque tous les jours et les crises peuvent durer 8 et 9 heures.

Ces crises sont déjà par elles-mêmes assez intéressantes. Ce sont des crises de sommeil incomplet.

La malade reste absolument immobile, les yeux fermés, quelquefois ouverts. Elle ne peut rien manifester, mais quand elle revient un peu à elle, ce qui lui arrive de temps en temps, pendant quelques minutes, même au cours des plus fortes crises, elle montre qu'elle a entendu ce qui se passait.

La torpeur porte surtout sur les centres moteurs.

Ce sont bien des crises d'hystérie avec une variété un peu spéciale.

En examinant la sensibilité de cette malade, on trouve que celle-ci présente des troubles très graves.

Le sens tactile semble complètement perdu sur la plus grande partie du corps. L'anesthésie est curieuse par sa profondeur.

On peut traverser la peau avec des épingles à l'insu de la malade ; elle n'a de sensibilité ni pour la douleur, ni pour le contact, ni pour la chaleur.

Cette anesthésie est même si belle qu'on pouvait se demander si la malade n'avait pas été trop étudiée déjà et par conséquent habituée à ce symptôme. Mais il n'en est pas ainsi, puisqu'elle a passé quelques mois à l'hôpital Necker où on ne s'est pas occupé d'elle.

D'ailleurs cette anesthésie ne s'étend pas absolument sur tout le corps : aux poignets, à la face antérieure des jambes il y a des régions qui conservent un peu de sensibilité.

Le sens musculaire présente également des altérations fort curieuses.

La malade semble avoir perdu à peu près complètement la

sensation des mouvements passifs et des positions, mais cependant le syndrome de Lasègue n'est pas tout à fait net.

Ce qui prouve bien que l'anesthésie musculaire n'est pas complète, c'est que la malade a conservé en partie la possibilité des mouvements en dehors de la vision.

Cette anesthésie s'accompagne d'un trouble tout spécial des mouvements.

Lorsqu'on demande à la malade, pendant qu'elle a les yeux ouverts, de tendre la main droite, elle le fait très bien ; mais quand on lui dit de fermer les yeux et on lui demande le même mouvement de la main droite, on voit son embarras, son hésitation. Elle va se décider et elle tend les deux mains à la fois.

Quand on lui demande de lever en l'air le bras gauche, même mimique embarrassée et elle finit par lever les deux bras.

Si on lui fait observer qu'on ne demande pas les deux bras, elle devient plus embarrassée encore.

Elle obéit avec gêne, ne lève qu'un bras, mais si l'on fait attention on remarque que la malade opère au hasard, levant tantôt le droit, tantôt le gauche.

En un mot elle ne distingue pas son côté droit de son côté gauche.

Le même phénomène est observé du côté des membres intérieurs.

Il en est de même pour les impressions tactiles et pour celles de la température.

La malade présente un rétrécissement marqué du champ visuel.

OBSERVATION II (Pierre Janet).

Il s'agit d'une jeune fille, âgée de 22 ans, gravement malade, atteinte depuis plusieurs années d'anorexie hystérique.

La malade ne présente pas dans sa famille d'antécédents nerveux bien nets, sauf une paralysie agitante qui aurait affecté sa grand'mère maternelle.

A l'âge de 13 ans, sans cause occasionnelle appréciable, la malade fut prise de chorée.

Les mouvements choréiques affectaient tout le corps et ils furent, dès le début, accompagnés d'une anesthésie totale bien constatée à ce moment par le médecin qui la soignait.

Cet état dura près d'un an, il disparut au moment de l'établissement des règles qui eut lieu vers l'âge de 14 ans.

L'anesthésie totale disparut en même temps.

A 15 ans, nouvelle attaque : cette fois l'hémichorée gauche avec hémianesthésie gauche.

Ces deux accidents disparurent simultanément au bout de quelques mois.

A 20 ans, l'anesthésie totale reparut et avec elle se montrèrent pour la première fois les crises hystériques alternant avec des crises de sommeil.

Peu de temps après, en janvier 1886, la malade fut prise d'une anorexie qui devint de plus en plus intense et qui bientôt se transforma en une dysphagie absolue.

La vue seule d'un verre d'eau ou d'une cuillerée de bouillon déterminait chez elle des efforts de vomissements et des contractions spasmodiques qui duraient plusieurs minutes.

Pendant 15 mois on la nourrit à la sonde, mais comme elle

rendait, peu de temps après avoir été gavée, la presque totalité des substances qu'on lui avait fait ingérer, elle ne tarda pas à dépérir et à perdre ses forces.

Elle ne put plus uriner seule, et il fallut la sonder deux fois par jour.

Elle devint paralytique, et son émaciation devint extrême. C'est dans cet état qu'elle entra à la Pitié dans le service de M. le Dr Brouardel, remplacé alors par M. le Dr Brissaud, le 4 avril 1887.

Jusqu'au 12 juin 1887, on continua à la gaver, elle ne gardait qu'une petite quantité après chaque gavage, et son état s'aggravait tous les jours.

C'est dans cet état piteux que M. Jules Janet chercha à la guérir par l'hypnotisme.

La malade présentait toutes les tares hystériques à leur maximum : anesthésie cutanée et muqueuse totale ; sensibilités spéciales presque abolies.

L'hypnose fut très facile à obtenir, et on n'eût pas grand'peine à créer chez cette malade une phase somnambulique dans laquelle la dysphagie disparaissait entièrement.

Ce genre de traitement auquel la malade a été soumise pendant 18 mois, ne tarda pas à produire une amélioration sensible.

La paraplégie disparut, l'embonpoint se montra de jour en jour plus accentué.

On eût alors l'idée de la réveiller progressivement pendant ses repas et de la faire manger chaque jour dans un état de plus en plus voisin de la veille.

En janvier 1888 la malade put quitter l'hôpital de la Pitié, tou-

jours anesthésique totale, se sondant, mais mangeant bien, et somme toute dans un bon état.

Au mois de mai 1888, la dysphagie reparut, et la malade re-tomba dans un état grave, qui reste stationnaire jusqu'en 1890.

En examinant à cette époque les sensations et les mouvements de cette femme pour vérifier s'il n'y avait pas des paralysies ou des troubles de la motilité, on constatait que tant qu'on lui demandait de lever les bras, de les baisser, de remuer les jambes, et cela les yeux ouverts, puis les yeux fermés, tout se faisait correctement.

Mais lorsqu'on disait en précisant davantage : « Remuez la main gauche », « levez le bras droit », on remarquait alors un manège singulier. Au lieu d'obéir de suite, la malade baissa les yeux et se mit à regarder ses mains avec une sorte de préoccupation, puis fit le mouvement demandé.

« Pourquoi regardez-vous ainsi vos mains? — C'est, répondit-elle, parce qu'on se moque de moi quand je me trompe, je cherche la main qui a une bague pour savoir que c'est la main droite et faire ce qu'on me demande ».

Après cette réponse, on lui demanda les mêmes mouvements quand elle avait ses gants aux mains.

Quand on opère ainsi, elle est privée de son point de repère et ne distingue plus son côté droit de son côté gauche.

Au premier abord, on pouvait croire à une sorte de transfert, car la malade levait régulièrement son bras gauche à la place de son bras droit et réciproquement, mais en l'examinant mieux et plus souvent, on pouvait se convaincre qu'elle n'avait pas de préférence et remuait les mains parfaitement au hasard.

Les renseignements recueillis le confirmaient.

Voici plusieurs années qu'elle ne distingue plus le côté droit

du côté gauche et qu'elle commet à ce propos de singulières bêtises qui ont été remarquées par beaucoup de personnes de son entourage.

Il paraît même qu'elle se désolait autrefois et se mettait à pleurer quand on lui indiquait un chemin par ces mots : « Tournez à droite, ouvrez la porte à gauche », car elle n'en comprenait plus le sens et se perdait complètement.

Aujourd'hui elle est un peu plus adroite et se tire d'affaire au moyen de quelques procédés.

OBSERVATION III (Bose).

Il s'agit d'un malade, âgé de 48 ans, d'une famille névropathique.

Dans les antécédents du malade on note du rhumatisme, des excès d'alcool et très probablement la syphilis.

Après l'administration d'une douche générale, le malade s'affaïssait sur le côté gauche, accusant de l'éblouissement, mais sans perte de connaissance.

Il présente à ce moment une hémiplegie absolue pour tout le côté gauche.

Dans tout le côté droit la sensibilité est normale à tous les excitants et le malade localise bien ses sensations.

Il y a même un léger degré d'hyperesthésie.

A gauche : 1° Sensibilité à la douleur. Si l'on pique, avec une épingle, un point quelconque, le malade ayant les yeux fermés, on observe qu'immédiatement après la piqûre le malade se contorsionne sur son lit, sa figure grimace et il se plaint d'une douleur très vive « dans la tête ». Cette douleur cérébrale

se manifeste nettement après chaque piqûre, le patient ne ressentant rien dans les intervalles.

Le malade est non seulement incapable de reconnaître l'endroit piqué et la nature de l'impression ; mais il a une anesthésie complète de tout le côté gauche qui persiste quelle que soit l'intensité de l'impression.

Mais si le malade ne ressent rien du côté gauche, il accuse des sensations dans la partie correspondante du côté opposé.

Si on pique le membre supérieur gauche, le patient grimace, se plaint de la tête et retire vivement son bras droit, comme si c'était le côté piqué.

Cette expérience renouvelée un grand nombre de fois, réussit invariablement.

Si l'on demande au malade ce qu'il ressent, il répond qu'il souffre chaque fois de la tête et du bras droit.

Ces mêmes phénomènes existent pour le membre inférieur gauche.

Si l'on pique la cuisse ou la jambe gauche, le malade accuse une douleur cérébrale, a un mouvement de retrait du membre inférieur droit, avec localisation de la douleur dans le segment identique du membre opposé au côté piqué.

Quelquefois cependant une piqûre à la cuisse gauche détermine une sensation de douleur, à la fois dans la jambe et le bras du côté droit.

Au pied, le phénomène allochirie est moins net.

Au tronc, une piqûre faite sur le côté gauche entraîne l'apparition d'un phénomène curieux et qui se reproduit chaque fois que l'on répète l'expérience : à chaque piqûre, le malade manifeste d'abord une douleur cérébrale : « les nerfs de la tête me font mal ! » puis au bout de quelques secondes il vient gratter

de haut en bas la ligne médiane du sternum. Comme précédemment il est incapable de reconnaître la nature exacte de ces sensations, il sent une douleur mais ne reconnaît pas la piqûre.

Mêmes phénomènes au niveau de l'abdomen, mais moins nets.

2° *Sensibilité à la chaleur.* — C'est la reproduction de ce qui se passe pour la sensibilité à la douleur. Si l'on approche du membre supérieur gauche la boule remplie d'eau chaude, on note des contractions musculaires énergiques, avec plaintes du malade, douleur de tête, retrait du membre opposé avec sensation de douleur.

La sensation de chaleur n'est pas perçue par le malade en tant que chaleur mais comme douleur, avec localisation relativement vague dans le membre non impressionné.

3° *Sensibilité à l'électricité.* — Quand on applique deux électrodes ordinaires sur la jambe gauche, par exemple, le malade s'agite sur son lit, se plaint d'une vive douleur dans le membre inférieur du côté droit.

Si l'on augmente le courant, avec une induction d'une demi-bobine, mêmes plaintes, agitation plus grande, contractions très énergiques des muscles électrisés.

Si l'on demande alors au malade, qui a les yeux bandés, ce qu'il ressent, il « sent, dit-il, que ses nerfs de la jambe gauche se contractent », mais il ne peut pas localiser l'endroit précis où se produit cette contraction musculaire.

Si l'on augmente encore l'intensité du courant et que l'on prolonge son application, le malade entre dans un état d'angoisse très considérable, porte les mains à sa tête, se plaignant très vivement de son cerveau, pousse des cris.

Le transfert s'observe encore ici plus marqué au bras qu'à la jambe.

4° *Sensibilité spéciale*. — Du côté de l'ouïe, le malade entend fort bien de l'oreille droite, à gauche le sens est très affaibli.

La sensibilité gustative paraît normale.

Diminution de l'acuité visuelle pour le côté gauche.

OBSERVATION IV (Gellé).

C'est une malade atteinte depuis longtemps de vertige de Menière.

Elle n'est ni paralytique, ni tabétique, ni hystérique, mais elle a des lésions évidentes des oreilles moyennes, surtout accusées à gauche : otite chronique à la période d'hyperplasie et de ramollissement.

Les sons impressionnent douloureusement l'oreille gauche, qui présente une hyperexcitabilité très manifeste.

Cette jeune femme offre à l'auscultation de la carotide droite un bruit de pialement intense qui s'accroît sous l'influence de la moindre émotion ou du plus petit effort.

Or, la malade ne perçoit pas ce bruit anormal par l'oreille droite, qui est cependant sa meilleure oreille, mais bien par l'oreille gauche.

OBSERVATION V (Paul Magnin).

Il s'agit d'une malade hystéro-épileptique qui présente une hémi-anesthésie complète du côté gauche.

La sensibilité générale est, de ce côté, abolie dans tous ses modes. Pour ce qui est de la sensibilité spéciale : l'odorat est

nul à gauche en même temps que le réflexe nasal a disparu.

L'ouïe est également abolie de ce côté.

Le chatouillement du conduit auditif n'est point senti. Même résultat pour le goût et pour la sensibilité de la langue et du pharynx.

Du côté de l'œil, retard de la sensibilité de la cornée, abolition totale de la sensibilité de la conjonctive, achromatopsie absolue, impossibilité de reconnaître les objets.

Si, par exemple, on place la main devant l'œil gauche de la malade, elle ne peut pas la distinguer. « Je vois comme un nuage qui remue, je crois bien que ce sont vos doigts, mais je ne puis dire combien il y en a ».

Du côté droit : sensibilité générale et spéciale intactes.

La malade fut mise en somnambulisme, par pression du vertex.

Au cours de l'expérience on présenta devant l'œil gauche du sujet un papier rouge, et on fut très étonné de l'entendre dire sans hésitation : « C'est rouge ». De même pour un papier bleu : « c'est bleu ».

On se demanda alors, si sous l'influence de l'hypnotisation, il n'y avait pas eu transfert de sensibilité de droite à gauche. On plaça, dans le plan vertical de la figure du sujet, un écran disposé de telle façon que chacun de ses yeux ne put voir que les objets situés du côté correspondant de cet écran.

Puis recommençant l'expérience, on constata que la malade voyait, du moins en apparence, les couleurs de deux yeux.

L'examen de la sensibilité de l'œil gauche devait fournir l'explication du fait.

Le contact de la tête d'une épingle sur la conjonctive du côté gauche, détermine un réflexe énergique, mais à droite, et la

malade extériorait la sensation dans l'œil droit non touché.

L'expérience de l'écran répétée permit alors de constater qu'un phénomène analogue avait lieu pour la vision des couleurs.

La malade interrogée accusait la sensation colorée de l'œil droit, alors qu'on lui présentait les couleurs à gauche.

OBSERVATION VI (Brown-Séquard).

Une femme ayant eu une section de la moitié latérale droite de la moelle épinière et du cordon postérieur gauche, au niveau de la septième vertèbre cervicale et présentant tous les symptômes de l'hémiplégie spinale avec anesthésie croisée, eût d'abord, au côté hyperesthésique, une persistance complète de la puissance d'apprécier le lieu des impressions sensibles. Mais lorsqu'une amélioration survint dans son état, à d'autres égards, cette femme présenta quelques troubles en ce qui concerne la connaissance du lieu recevant une impression.

Elle se trompait quelquefois, croyant qu'on touchait le pied gauche (anesthésique) alors qu'on touchait le droit (hyperesthésique). De plus elle ne savait pas toujours quelle était la partie du pied que l'on touchait.

Ces crises étaient survenues après l'apparition et la diminution de symptômes montrant qu'un travail inflammatoire s'était produit à la moelle épinière, autour de la plaie qui avait causé l'hémiplégie spinale.

OBSERVATION VII (Brown-Séquard).

C'est un malade atteint d'hémiplariplégie, avec anesthésie croisée, causée par une tumeur syphilitique, à la région dorsale de la moelle épinière, du côté droit.

Ce malade reconnaissait immédiatement quel était le point touché ou pincé à droite (côté hyperesthésique), aux orteils et à la jambe. Il n'en était pas ainsi dans les parties homologues à gauche (côté anesthésique).

Lorsqu'on irritait les orteils ou la jambe de ce dernier côté, qui n'était pas absolument anesthésique, s'il lui arrivait de sentir ce qui n'était pas fréquent, qu'il était touché ou pincé, il croyait d'abord que l'impression était faite à droite (côté hyperesthésique) et il ne reconnaissait qu'après quelque temps qu'elle provenait du côté gauche.

OBSERVATION VIII (Ferrier).

Il s'agit d'un malade qui a reçu plusieurs blessures à la tête.

Les blessures ont été suivies d'une perte de connaissance assez prolongée, avec troubles moteurs présentant un caractère ataxique et en même temps hémiparalégique.

Le malade a partiellement retrouvé sa santé, mais il persiste une perversion remarquable de la localisation des hématis.

Il n'y a pas d'anesthésie : le moindre attouchement est très nettement perçu, mais rapporte sans hésitation au point symétrique du côté opposé.

OBSERVATION IX (Ferrier).

C'est un malade âgé de 29 ans.

A la suite d'un traumatisme à la tête il tombe, perd connaissance et est amené à l'hôpital le 15 décembre 1881. On constate une parésie généralisée d'un caractère particulier.

Le malade marche en chancelant ; la jambe gauche lui semble plus faible que la droite.

Il n'y a pas de troubles manifestes dans les mouvements des bras et des mains, mais la main gauche est nettement plus faible que la droite.

Les mouvements de la face ont conservé leur symétrie.

La langue est légèrement déviée à droite.

La rapidité des réflexes est normale, mais à la pression exercée sur un membre inférieur répond un réflexe du côté opposé.

La pression exercée sur le gros orteil du côté droit fait rapporter l'impression au même endroit du côté gauche.

Le même phénomène s'observe sur toute la surface des deux membres inférieurs.

Une plume, ou un morceau de papier introduits dans une des narines provoquent immédiatement le retrait de la tête et la sécrétion des larmes, pendant que le malade frotte la narine où il a perçu l'irritation.

Les expériences ont été faites sur le malade, pendant qu'il avait les yeux fermés.

Un attouchement ou une piqûre pratiqués sur un côté de la langue sont rapportés au point symétrique de l'autre côté.

Le même phénomène existe pour la gustation : l'application du sel sur un côté est distinctement perçue sur l'autre.

Quant à l'odorat, le malade n'ayant jamais eu ce sens développé, celui-ci n'est pas perverti en tant qu'odorat, mais seulement dans sa sensibilité générale.

La vue est normale. L'ouïe est un peu affaibli du côté droit.

En chatouillant la plante d'un des pieds, on provoque le retrait de l'autre, tandis que le pied chatouillé reste tranquille.

De même quand on chatouille une cuisse on provoque la flexion de celle du côté opposé.

Le 2 janvier. La faiblesse de la jambe gauche est plus marquée.

L'excitation d'un membre inférieur au-dessus de la rotule provoque des mouvements et des réflexes dans les deux membres inférieurs simultanément.

Le 16 janvier. — La sensation est correctement transmise dans la jambe touchée, mais elle est aussi un peu perçue au point correspondant de l'autre.

L'excitation plantaire provoque une action réflexe plus considérable dans la jambe excitée, mais un peu aussi dans l'autre.

La sensibilité est encore croisée dans les narines et à la langue

Le 6 février. — Les sensations sont correctement perçues par la peau, aussi bien que par la muqueuse. Les réflexes ne se produisent que du côté excité.

L'état du malade s'améliore progressivement et le 31 juin il sort de l'hôpital.

OBSERVATION X (Hammond).

Il s'agit d'un malade qui a reçu de sérieuses blessures dans le dos.

Dès le lendemain quelques troubles du côté de la moëlle apparaurent,

Le malade se plaint surtout des douleurs siégeant sur tout le trajet de la moelle épinière et d'une irritabilité nerveuse excessive.

Il a des contractures dans les muscles des membres inférieurs, des jambes raides et marche avec difficulté.

Sa démarche diffère de celle d'un ataxique.

Les réflexes rotuliens sont exagérés.

La sensibilité est examinée, le malade ayant les yeux fermés.

Ni l'attouchement avec le doigt, ni la piqure ne sont sentis par la jambe droite.

Lorsqu'on pique la jambe gauche, le malade reporte la sensation de la douleur au point symétrique du côté opposé.

Les expériences répétées plusieurs fois donnent toujours le même résultat.

Le diagnostic de la sclérose des cordons antéro-latéraux avec altération des cornes postérieures, est fait.

OBSERVATION XI (Obersteiner).

Un homme, âgé de 35 ans, présentant les symptômes d'une sclérose lentement progressive des cordons postérieurs.

A l'examen du malade, on constate qu'il peut faire quelques pas, ayant les yeux ouverts, qu'il a une notion assez juste de la position de ses extrémités inférieures qu'il peut les mouvoir librement.

Il distingue très nettement le chaud et le froid au niveau des pieds.

Le simple toucher ou une faible pression ne sont pas perçus.

A l'esthésiomètre, diminution du pouvoir de localisation, mais assez peu marquée du côté droit,

Perception très retardée.

Le malade tout en localisant bien l'endroit impressionné, rapporte la sensation au pied du côté opposé.

OBSERVATION XII (Obersteiner).

Il s'agit d'un malade atteint d'une sclérose des cordons postérieurs.

Lorsqu'on touche un pied du patient avec la tête d'une épingle ou lorsqu'on presse légèrement avec la pointe, il arrive chaque fois que le malade indique le pied non impressionné, quoique le pouvoir de localisation est normal.

Il indique aussi quelquefois un point autre que le point correspondant.

Le malade ne commet pas cette erreur si l'on presse plus fort avec l'épingle.

OBSERVATION XIII (Obersteiner)

C'est une petite malade, âgée de 12 ans, d'une famille névropathique, qui compte plusieurs membres épileptiques, elle-même hystéro-épileptique.

La sensibilité cutanée paraît un peu diminuée sur tout le corps.

Lorsqu'on demande à la malade de montrer à la jambe droite où on l'a touchée, elle montre ce même point, sur la jambe gauche.

De même quand on lui pique le bras droit, elle accuse la douleur du côté gauche.

Ce n'est que quand la piqure devient plus intense, que la malade se reprend, tout à coup, et montre la partie correspondante de son bras droit.

OBSERVATION XIV (Obersteiner)

W..., cultivateur, reçoit, le 25 mars 1878, un violent coup de poutre dans le dos et est frappé de paraplégie motrice et sensitive, sans perte de connaissance.

A l'examen du malade on constate que les jambes et les pieds sont complètement paralysés, les cuisses ont conservé quelques mouvements.

Il distingue le chaud et le froid.

Du côté interne de la face plantaire le malade peut distinguer es deux pointes de l'esthésiomètre à une distance de 9-10 millimètres.

Mais il fait souvent erreur dans la localisation exacte des impressions, au niveau des membres touchés, et il ne reconnaît que rarement le côté touché.

A l'autopsie on trouve la dégénérescence de tout le cordon postérieur, sauf en haut, où la lésion se limite au cordon de Goll.

OBSERVATION XV (Fischer).

C'est un cas où les symptômes de tabès existent depuis un an environ.

Les réflexes rotuliens sont très faibles des deux côtés, mais plus marqués à gauche qu'à droite.

On note des régions d'anesthésie tactile.

La sensation de chatouillement est conservée et donne lieu à des mouvements réflexes très exagérés.

Le malade dit que lorsqu'on touche son pied droit, il sent toujours quelque chose dans la partie correspondante du pied gauche.

OBSERVATION XVI (Fischer).

C'est un malade qui présente les symptômes de tabès.

La localisation des sensations tactiles se fait d'une façon très inexacte.

Une forte pression est constamment rapportée au pied non touché.

Ce phénomène fut vérifié plusieurs fois.

La perception de la piqûre, au niveau du gros orteil, est retardée de quatre semaines environ.

OBSERVATION XVII (Leyden).

C'est un tabétique.

Le malade ne perçoit, en aucune façon, un léger contact du doigt. Il sent la piqûre d'une aiguille comme s'il y avait un contact d'un objet moussé.

Il possède un pouvoir très incertain de localisation et rapporte même une forte piqûre d'une aiguille faite au niveau de la jambe ou du pied gauche, à la région correspondante du membre opposé.

OBSERVATION XVIII (Leyden).

Malade atteint de tabes, chez lequel les localisations sont très incertaines, de telle sorte qu'il rapporte une impression produite sur une jambe à la jambe opposée.

OBSERVATION XIX (Leyden).

Malade chez lequel la sensibilité est réduite à son minimum.

La pression la plus forte est à peine sentie.

Le côté droit et le côté gauche sont souvent confondus..

OBSERVATION XX (Herzberg).

Malade atteint de tabes et qui présente une diminution très marquée du pouvoir de localisation. Au niveau des pieds, il lui est impossible de distinguer le contact du doigt du contact d'un corps dur tel qu'une baguette de verre.

Quelquefois le malade accuse une sensation indéfinie, mais il ne sait pas, si c'est la jambe droite ou la gauche qui a été touchée, ou même si c'est quelque autre partie du corps.

OBSERVATION XXI (Weiss).

Femme, âgée de 54 ans, possédant une hérédité névropathique manifeste et qui depuis plusieurs années présente les symptômes caractéristiques de l'ataxie locomotrice.

Cette malade est en même temps hystérique et morphinomane.

En dehors des manifestations ordinaires du tabes elle présente un affaiblissement de la mémoire, abolition de la volonté.

Au point de vue de la sensibilité on remarque que les impressions portées sur un côté du corps sont reportées au point correspondant du côté opposé.

Au niveau d'une extrémité inférieure, le contact, la piqure d'une aiguille, l'application d'une éponge chaude ou d'un morceau de glace, la « fixité passive » du pied, du genou sont toujours reconnus, mais rapportés au membre opposé.

OBSERVATION XXII (Biermer).

Il s'agit d'un malade, âgé de 43 ans, qui est atteint de cancer de la moelle épinière.

La tumeur siège à la partie supérieure du canal. Une seconde tumeur de la même nature siège à la partie postérieure du lobe cérébelleux gauche.

Le malade a des accès de céphalalgie, des vertiges avec perte de connaissance et une douleur violente à la jambe gauche.

Il sait distinguer le côté droit du côté gauche, mais présente cette particularité, qu'il sent à gauche la pression exercée à droite.

L'examen de la motilité révèle une parésie des extrémités inférieures, et une marche chancelante.

EXPLICATION PSYCHOLOGIQUE DU PHÉNOMÈNE.

Dans les observations publiées par les différents auteurs l'allochirie est toujours liée à une lésion organique quelconque : c'est tantôt le tabès (Obersteiner, Fischer, Leyden, Herzberg, Weiss), tantôt la compression de la moelle (Obersteiner), tantôt le ramollissement cérébral (Bosc) qui expliquent le phénomène.

Il s'agit toujours pour ces auteurs d'une obstruction de la moelle amenant un changement de direction dans la marche de la sensation : celle-ci par suite va d'un côté du corps au côté correspondant du cerveau, c'est-à-dire au côté qui ordinairement reçoit les sensations venant du côté opposé.

De là l'erreur subjective sur le lieu de la provenance de la sensation. Cette hypothèse tout en étant admissible pour l'allochirie provoquée par une lésion organique, ne peut pas être acceptée pour l'explication de l'allochirie d'origine purement fonctionnelle.

On connaît en effet des cas, et notre observation ainsi que celle de Janet en font foi, où l'allochirie ne peut être rattachée à aucune lésion matérielle.

C'est surtout dans l'hystérie qu'on rencontre les cas de ce genre.

Ces derniers ne se prêtent pas à l'explication donnée

plus haut, d'où il s'ensuit que l'hypothèse moniste d'une lésion organique doit être complétée, du moins pour l'allochirie hystérique.

Nous croyons avec M. Janet qu'une explication psychologique s'applique le mieux à cet effet.

D'où vient la distinction des côtés droit et gauche ? Quel en est le criterium ?

La philosophie ne nous donne là-dessus que des indications très vagues et peu probantes.

Pour la psychologie physiologique le phénomène résulte de la différence des forces des membres similaires du corps.

Cependant pour distinguer le côté nous n'avons pas besoin de réaliser des mouvements avec nos membres ; il nous suffit de les reproduire dans notre imagination.

Ce n'est seulement qu'à l'état malade qu'il nous faut les effectuer réellement.

On admet que toutes nos sensations, surtout les sensations musculaires possèdent une nuance, un signe caractéristique suivant qu'elles proviennent du côté droit ou du côté gauche.

Cette nuance est très minime pour les points symétriques des deux membres similaires et plus ou moins considérable pour les divers points d'un même membre.

D'après Bergson « nous distinguons nous-même notre droite de notre gauche par un sentiment naturel, et ces deux déterminations de notre propre étendue nous présentent bien alors une différence de qualité ».

Wundt admet dans l'explication du phénomène de distinction des côtés une coloration locale des sensations

tactiles, coloration qui se modifie sur toute la surface cutanée et qu'il désigne sous le nom de signe local.

« Il faut admettre que dans les régions symétriques des deux parties du corps les signes locaux sont très analogues sinon identiques... néanmoins, d'après les distinctions réelles que nous pouvons faire, et d'après les différences de structure qui se présentent, malgré une analogie si grande, nous concluons que les signes locaux ont une certaine différence dans les parties symétriques et analogues ».

Wundt pense donc que les signes locaux varient plus dans le sens de la hauteur que dans le sens latéral, qu'il y a plus de différence entre un signe local du bras et un signe local de la jambe qu'entre les signes locaux des deux bras.

Cette hypothèse est pleinement confirmée par la clinique.

Nous voyons que la précision de la localisation croît avec le degré de la sensibilité ; à un certain degré du rétablissement de la sensibilité le malade peut distinguer les signes locaux de son bras et de sa jambe, mais ne distingue pas les signes locaux plus délicats de son bras droit et de son bras gauche.

Cette dernière distinction ne vient que plus tard, quand la sensibilité est presque rétablie complètement.

Sans nier l'existence de toutes sortes d'altérations organiques qui peuvent se rencontrer dans l'hystérie, il faut surtout compter avec la perturbation psychologique qui les accompagne toujours.

La perturbation tout en existant dans les parties infé-

rieures du système nerveux, existe aussi dans les parties de l'écorce cérébrale qui président aux fonctions psychologiques, et les troubles de ces fonctions expliquent certaines manifestations de l'hystérie.

Le principal symptôme psychique de l'hystérie est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique, un rétrécissement du champ de la conscience.

La localisation de l'anesthésie hystérique peut dépendre d'une suggestion ou d'une idée fixe mais l'anesthésie en elle-même est une manifestation de l'insuffisance de la perception, du rétrécissement du champ de la conscience.

Ce rétrécissement du champ de la conscience qui n'est qu'une conséquence de l'épuisement cérébral, explique pourquoi les hystériques ne peuvent pas réunir, et condenser leurs perceptions : un certain nombre de phénomènes élémentaires, sensations et images cessent d'être perçues et paraissent supprimées du champ de perception.

Le rétrécissement du champ de la conscience se traduit extérieurement d'une façon bien nette par un rétrécissement du champ visuel.

Cette coexistence du rétrécissement du champ de la conscience avec celui du champ visuel joue un grand rôle dans la manifestation du phénomène d'allochirie.

Les malades, porteurs de ce double rétrécissement, ne peuvent pas penser à la fois aux deux côtés de leur corps ; ils ne peuvent pas non plus les voir simultanément, vu la distance qui les sépare, les deux mains ne peuvent pas entrer à la fois dans le champ visuel rétréci.

Dans ces conditions l'appréciation habituelle des deux

côté du corps, la connaissance de leurs caractères, l'idée de leur symétrie ne peuvent pas se former.

Nous croyons donc avoir raison en considérant la confusion des côtés comme un résultat du rétrécissement de la conscience.

C'est la théorie soutenue par M. Pierre Janet, chargé de cours de la psychologie clinique dans le service de mon maître, M. Raymond.

C'est aussi l'opinion de Henry Head, d'après lequel « la localisation d'une sensation n'est pas uniquement un phénomène physique, mais aussi un phénomène psychique. Elle ne dépend pas du nombre des fibres ou des cellules... mais c'est un phénomène d'association ».

CONCLUSIONS

1° Le phénomène d'allochirie peut se manifester non seulement au cours des maladies organiques, mais aussi dans les maladies purement fonctionnelles du système nerveux.

2° De même qu'il existe une hémianesthésie hystérique qui ressemble à celle d'origine cérébrale, il y a aussi une allochirie hystérique à côté de l'allochirie spinale et cérébrale.

3° Les lésions organiques qui s'accompagnent du phénomène de l'allochirie sont de diverse nature et peuvent siéger dans les différentes parties des centres nerveux : la moelle épinière, le bulbe, le cerveau.

4° Dans les cas des lésions médullaires les sensations passant dans la moitié de la moelle opposée à la lésion vont actionner l'hémisphère cérébral du côté impressionné, et la sensation est conséquemment rapportée au côté opposé du corps.

5° Dans les cas d'allochirie, produite par une lésion d'un hémisphère, la conductibilité médullaire est normale mais les sensations arrivant à l'hémisphère lésé, passent par le corps calleux dans l'hémisphère opposé.

6° Pour les cas d'allochirie hystérique l'explication psy-

chologique seule nous paraît rationnelle : c'est le rétrécissement du champ de la conscience accompagné de celui du champ visuel qui donne la clef à la solution du problème.

Vu : le président de la thèse

RAYMOND

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- RAYMOND ET JANET. — Névroses et idées fixes, chapitre XII.
- OBERSTEINER. — On allochiria. *Brain*, 1881, IV, p. 153.
- BROWN-SÉQUARD. — Remarques sur l'altération de la sensibilité, connue sous le nom d'allochirie. *Comptes-rendus de la société de biologie*, Par., 1885, ü, pp. 268-270.
- D. FERRIER. — Case of allochiria. *Brain*, 1882, pp. 389-393.
- HEAD (HENRY). — On disturbances of sensation with especial reference to the Pain of viscéral disease, 1893, pp. 124-125.
- JANET (PIERRE). — *Revue philosophique*, juin 1890.
- BROWN-SÉQUARD. — *Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, vol. VI, 1863-1865, pp. 585-627.
- BOSC (F. J.). — De l'allochirie sensorielle. *Revue de médecine*, 10 novembre 1892, pp. 854-865.
- HAMMOND. — Allochiria; its nature and seat. *New-York Med. J.*, 1883, p. 263, 270.
- WUNDT. — *Psychologie physiologie*, t. II, p. 29, 298, 322.
- JANET (Jules). — Un cas d'hystérie grave. *La France médicale*, 6 avril 1889.
- WEISS. — *Prager medicinische Wochenschrift*, 1891, XVI, p. 277.
- LONGUET. — L'allochirie. *Union méd.*, Paris, 1884, n° 43, p. 513, 517.

MAGNIN (Paul). — Bulletin médical. Compte-rendu de la Société de biologie, 21 janvier 1888.

LADAME. — Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste. Th. de Würzburg, 1865, p. 47.

OBERSTEINER. — Wiener med. Wochen., 1880, n° 51.

HUTCHINSON. — London hosp. Reports, 1866, p. 313.

GELLÉ. — Bulletin médical. Comp. rend. de la Soc. de biol., 17 janvier 1888.

GRASSET. — Maladies du système nerveux, p. 775.

JANET (Pierre). — L'étude sur les stigmates des hystériques. Th. de Paris, 1893.

HUBER. — Münchener med. Wochenschrift, 1888, n° 34-35.

VICTOR (Henri). — Recherches sur la localisation des sensations tactiles. Année physiologique, 1896.

BERGSON. — Données immédiates de la conscience, 1889.

PIROGOFF. — Léison des nerfs par coup de feu, 1874, trad. Dastre.

